



The Effect of the Family-centered Educational Program on Medication Management in Elderly Patients with Ischemic Heart Disease

Fariba Tabari ¹, Masoumeh Zakerimoghadam ¹, Zahra Sadat Hejazi ^{2,*}

¹ Assistant Professor, Ph.D. in Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Graduate Student of Medical- surgical Nursing, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

* **Corresponding author:** Zahra Sadat Hejazi, Graduate Student of Medical- surgical Nursing, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. E-mail: Zahra.S.Hejazi@hotmail.com

Received: 14 Sep 2018

Accepted: 03 Nov 2018

Abstract

Introduction: The elderly population is rising in Iran and other countries, and chronic diseases such as heart disease are prevalent among this population. People, especially in chronic diseases, depend on their families, and the family plays an important role in patient compliance with therapeutic and nutritional recommendations, and can be used to improve the quality of education for patients, especially the elderly. The aim of this study was to determine the effect of family-centered educational program on medication management in elderly patients with ischemic heart disease.

Methods: The present study was a randomized clinical trial with two groups of control and test, which was performed on 84 elderly patients with ischemic heart disease in 1396. After sampling by available method, the samples were randomly divided into control and test groups by blocking. For the test group, the family-centered educational program was presented in the form of three training sessions along with an educational booklet and the control group received the usual training. The research tools were demographic information questionnaire and medication management tool for the elderly (MedMaide). Drug management was measured before intervention and three months later. Chi-square, Fisher exact test, independent t-test and paired T-test were used for data analysis. SPSS software version 16 was used.

Results: Mean and standard deviation of medication management score after intervention in the experimental group was 0.80 ± 1.82 and in the control group was 2.42 ± 3.75 , and independent t-test showed a significant difference after the intervention, in test and control group ($P = 0.015$).

Conclusions: The family-centered educational program had a positive effect on medication management in elderly patients with ischemic heart disease. Nurses and other members of the treatment team can improve the quality and continuity of cares with the help of patients' families.

Keywords: Family-Centered Education, Medication Management, Elder, Ischemic Heart Disease



تأثیر برنامه آموزشی خانواده محور بر مدیریت دارویی سالمندان مبتلا به بیماری‌های ایسکمیک قلبی

فریبا تباری ۱، معصومه ذاکری مقدم ۱، زهرا سادات حجازی ۲*

^۱ استادیار، دکترای تخصصی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری داخلی-جراحی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
 * نویسنده مسئول: زهرا سادات حجازی، دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری داخلی-جراحی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
 ایمیل: Zahra.S.Hejazi@hotmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۸/۱۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۶/۲۳

چکیده

مقدمه: جمعیت سالمندان در ایران و سایر کشورهای جهان رو به افزایش می‌باشد و بیماری‌های مزمن مانند بیماری‌های قلبی در میان این قشر از جامعه شیوع بالایی دارند. افراد خصوصاً در بیماری‌های مزمن به خانواده‌های خود وابسته‌اند و خانواده نقش مهمی در تبعیت بیمار از توصیه‌های درمانی و غذایی دارد و می‌توان از این منبع جهت ارتقای کیفیت آموزش به بیماران، به خصوص سالمندان استفاده نمود. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر برنامه آموزشی خانواده محور بر مدیریت دارویی سالمندان مبتلا به بیماری‌های ایسکمیک قلبی انجام شده است.

روش کار: پژوهش حاضر یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده با دو گروه کنترل و آزمون بود که بر روی ۸۴ بیمار سالمند مبتلا به بیماری‌های ایسکمیک قلبی در سال ۱۳۹۶ انجام شد. پس از نمونه‌گیری به روش در دسترس، نمونه‌ها به روش بلوک بندی به طور تصادفی در دو گروه کنترل و آزمون قرار گرفتند. برای گروه آزمون برنامه آموزشی خانواده محور در قالب سه جلسه آموزشی به همراه کتابچه آموزشی ارائه شد و گروه کنترل نیز آموزش‌های معمول را دریافت کردند. ابزارهای پژوهش، پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و ابزار مدیریت دارویی جهت کمبودهای سالمندان (MedMaide) بودند. مدیریت دارویی، قبل از مداخله و سه ماه بعد، سنجیده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری کای دو، آزمون تعمیم یافته دقیق فیشر، تی مستقل و تی زوجی در نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار نمره مدیریت دارویی پس از مداخله، در گروه آزمون $1/82 \pm 0/80$ و در گروه کنترل $2/42 \pm 3/75$ بود و آزمون آماری تی مستقل اختلاف معناداری را بین مدیریت دارویی پس از مداخله، در دو گروه آزمون و کنترل نشان داد ($P = 0/015$).

نتیجه گیری: برنامه آموزشی خانواده محور بر مدیریت دارویی سالمندان مبتلا به بیماری‌های ایسکمیک قلبی تأثیر مثبت داشته است. پرستاران و سایر اعضای تیم درمان، می‌توانند با همراهی خانواده‌ها در امر مراقبت، منجر به ارتقای کیفیت و تداوم مراقبت‌ها شوند.
واژگان کلیدی: آموزش خانواده محور، مدیریت دارویی، سالمند، بیماری ایسکمیک قلبی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

از کشورهای توسعه یافته بوده و در حال حاضر بیش از نیمی از جمعیت سالمندان جهان در این کشورها زندگی می‌کنند. بر اساس گزارش سازمان ملل، در سال ۲۰۰۰ میلادی، جمعیت سالمندان در کشورهای در حال توسعه ۱۷٪ - ۱۲/۵٪ کل جمعیت بوده است [۴]. طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، زمانی که جمعیت بالای ۶۰ سال در کشوری به بیش از ۷ درصد برسد، آن کشور سالمند است [۵]. در ایران نیز،

سالمندی یک پدیده جهانی است [۱] و آن را دوره‌ای از زندگی تعریف کرده‌اند که از ۶۰ الی ۶۵ سالگی آغاز می‌گردد [۲] و گفته می‌شود در آینده نزدیک به عنوان یکی از مهم‌ترین چالش‌های اجتماعی و رفاهی کشورهای در حال توسعه مطرح خواهد گردید. طبق گزارشات متعدد، هرم سنی جوامع مختلف در حال تغییر به سوی سالمند شدن است [۳]. در کشورهای در حال توسعه سرعت رشد جمعیت سالمندان بیش

جمله داروهای بدون نسخه، مکمل‌های غذایی و داروهای تجویزی، می‌توانند باعث عوارض ناخواسته دارویی شوند که این خود به عنوان مانعی در راه رسیدن به سطح مطلوب سلامت در سالمندانی که مبتلا به بیماری‌های مزمن گوناگون هستند، مطرح می‌شود [۱۹]. متابولیسم دارو در یک فرد سالمند، بی‌ثبات‌تر از افراد جوان‌تر است [۲۰] و این افراد اغلب دچار اختلال در شنیدن، خواندن و درک کردن دستورالعمل‌های دارویی کتبی و یا شفاهی هستند. با وجود روند رو به رشد پیر شدن جمعیت و افزایش میزان تجویز داروها، خطر مشکلات دارویی رو به فزونی است [۲۱] و [۲۲]. وجود ابزارهای تجویز دارویی ایمن می‌تواند باعث تضمین امنیت خود مدیریتی در درمان دارویی شود [۱۹]. در مطالعات گذشته، دستورالعمل به صورت شفاهی و یا راهنماهای مکتوب داروها، روش اصلی در آموزش دارویی بوده است [۲۳]. اما به نظر می‌رسد روش‌های کارآمدتر و مؤثرتری در جهت تأمین اطلاعات دارویی مورد نیاز است. در این میان پرستاران، نقش مهمی در آموزش سالمندان در خصوص تداخلات دارویی و تجویز بی‌خطر داروها دارند [۲۴]. نقش خانواده در حمایت بیمار و آموزش یکی از عوامل مهم و مؤثر در کیفیت آموزش و روش‌های آموزشی است [۲۵]. خانواده به عنوان اساسی‌ترین رکن جامعه، مسئول ارائه مراقبت‌های صحیح و مناسب بهداشتی به بیمار و اطرافیان وی می‌باشد [۲۶]. آموزش به بیمار درباره سلامتی، رضایت از زندگی و مراقبت از خود، می‌تواند به همراه خانواده انجام شود با توجه به این که خانواده به طور قابل توجهی اقدامات مربوط به سلامتی بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهند تأثیر نقش خانواده در امر آموزش به بیمار باید به عنوان یک نکته مهم در تنظیم مراقبت‌های بهداشتی مد نظر قرار گیرد. خانواده به عنوان یک سیستم مراقبتی اولیه برای بیمار روی تصمیم‌گیری‌های بیمار درباره این که چگونه و چه زمانی نیازمند استفاده از خدمات مراقبت بهداشتی است تأثیر گذار است. خانواده‌ها همچنین نقش مهمی در تبعیت بیمار از توصیه‌های درمانی و غذایی پیشنهاد شده، آزمون‌های تشخیصی، پروسیجرهای جراحی و تصمیم‌گیری‌های مهم در مراحل انتهایی زندگی دارند [۲۷]. آموزش با رویکرد خانواده محور، فرآیندی است که در آن اعضای خانواده در جهت افزایش مهارت‌ها و توانایی‌های خود برای کمک به عضوی از خانواده که به بیماری مبتلا شده است، آموزش می‌بینند [۲۸]. افراد خصوصاً در بیماری‌های مزمن به اعضای خانواده خود وابسته‌اند و حتی نگرششان تحت تأثیر خانواده قرار می‌گیرد [۲۹]. پرستاران به عنوان یکی از اعضاء ارائه دهنده خدمات مراقبت بهداشتی، در طی بستری و بهبود بیمار، بیشترین حضور و تعامل را با بیمار و خانواده وی دارند و در موقعیتی هستند که می‌توانند این نیازهای آموزشی را به بهترین نحو پاسخگو باشند [۳۰]. در کشور ایران روابط و پیوندهای خانوادگی دارای ریشه‌های عمیقی است و خانواده‌های ایرانی اغلب تمایل دارند امور مراقبت از بیمار خود را به عهده بگیرند [۳۱]. بنابراین می‌توان از خانواده جهت آموزش به بیمار استفاده نمود. با توجه به موارد فوق و اهمیت آموزش مناسب در زمینه مصرف داروها در سالمندان توسط پرستاران و مسائل و مشکلات مرتبط با آن که در میان این قشر از جامعه به فراوانی مشاهده می‌شود؛ این مطالعه با هدف تعیین تأثیر یک برنامه آموزشی خانواده محور بر مدیریت دارویی سالمندان مبتلا به بیماری‌های ایسکمیک قلبی انجام شد.

طبق سرشماری نفوس و مسکن در سال ۱۳۹۰ بیش از ۸/۲ درصد جمعیت کشور را سالمندان بالای ۶۰ سال به خود اختصاص داده‌اند [۶] و پیش بینی می‌شود که در سال ۱۴۲۹ شمسی (۲۰۵۰ میلادی)، این نسبت به یک سوم جمعیت کشور افزایش یابد [۷]. با افزایش سن افراد، احتمال بروز بیماری‌های مزمن نیز بیشتر می‌گردد [۸] و خطر زندگی با بیماری‌های مزمنی نظیر دیابت نوع دو، بیماری‌های قلبی-عروقی، استئوپروز افزایش می‌یابد [۹]. مطالعات اخیر نشان می‌دهد که ۸۰ درصد سالمندان حداقل به یک بیماری مزمن مبتلا بوده که آنها را بیش از سایرین در معرض خطر ناتوانی و مرگ قرار می‌دهد [۱۰]. وجود بیماری‌های مزمن، موجب شده است که سالمندان بزرگترین گروه مصرف‌کنندگان دارو در جوامع مختلف باشند. افزایش سن جمعیت و طول عمر به معنای افزایش تقاضای مراقبت سلامت می‌باشد و این شامل استفاده از داروها هم می‌گردد [۱۱]. داروها برای سلامت و کیفیت مراقبت سالمندان ضروری هستند. با این حال در سالمندان، نتایج منفی مرتبط با استفاده از دارو، قابل توجه می‌باشند. جمعیت سالمندان در معرض خطر مشکلات فراوان درمان دارویی قرار دارند. چون سالمندان غالباً دارای چندین بیماری مزمن می‌باشند که نیازمند استفاده از داروهای متعدد هستند. تغییرات فیزیولوژیک مرتبط با سالمندی بر فارماکودینامیک و فارماکوکینتیک داروها اثر می‌گذارد، که این وضعیت جمعیت سالمند را در معرض خطر مشکلات درمان دارویی قرار می‌دهد [۱۲]. درمان همزمان چند بیماری مزمن در سالمندان منجر به درمان چند دارویی شده و خطر تداخل دارویی، مسمومیت و عوارض جانبی را افزایش می‌دهد [۱۳]. حوادث دارویی ناخواسته و عدم تبعیت از داروها از مشکلات مربوط به تجویز دارو در بیماری‌های مزمن هستند که اغلب به دلیل اینکه این بیماران در مدیریت داروهای خود در منزل دچار مشکل هستند، رو به گسترش است [۱۴]. در این میان بیماری‌های قلبی عروقی، شایع‌ترین علت مرگ در بیشتر کشورهای جهان و همچنین ایران و مهم‌ترین عامل از کار افتادگی است [۱۱]. فشار خون بالا، چربی خون بالا، دیابت، چربی دور شکم، سیگار، سبک زندگی نا سالم و فاکتورهای روانی اجتماعی در بیش از ۹۰٪ موارد عامل بیماری‌های عروق کرونر و ایسکمیک قلبی معرفی شده‌اند [۱۲]. سالمندی اختلالات غیر قابل برگشت در سیستم قلبی عروقی بر جای می‌گذارد که در قالب نارسایی قلبی مزمن بروز می‌کند. هرچند به طور کامل نمی‌توان با این پدیده مقابله نمود، اما می‌توان با استفاده از روش‌های مختلف، سن بروز آن را به تأخیر انداخت. با اصلاح شیوه زندگی و مصرف صحیح داروهای تجویز شده توسط پزشک، می‌توان از بروز زودرس این پدیده جلوگیری کرد و تا حدودی عوارض آن مانند ناتوانی و مرگ را کاهش داد [۱۵]. اصلاح شیوه زندگی و تبعیت از رژیم درمانی در این بیماران ضروری به نظر می‌رسد [۱۳]. بر اساس آمار سازمان جهانی بهداشت، تنها حدود ۵۰ درصد از داروها به همان شکلی که تجویز شده‌اند مصرف می‌شوند [۱۶]. عدم مدیریت دارویی با نتایج منفی برای بیمار، کیفیت زندگی پایین، کاهش عملکرد فیزیکی و اختلالات شناختی پیشرفته مرتبط است [۱۷]. علی‌رغم هزینه‌ها و خطراتی که در ارتباط با عدم تبعیت از داروها و حوادث ناخواسته دارویی وجود دارد، اطلاعات محدودی در این خصوص وجود دارد تا مراقبت‌کنندگان بتوانند بیماران خود را در استفاده ایمن و مؤثر از داروها راهنمایی کنند [۱۸]. داروهای متعدد از

روش کار

همان افراد تکمیل گردید. تکرار پذیری سؤالات با روش ضریب همبستگی پیرسن بررسی شد و مقدار همبستگی ۰/۸۹۵ محاسبه گردید. پس از کسب مجوز لازم، پژوهشگر به درمانگاه قلب بیمارستان شهید بهشتی مراجعه کرده و در ابتدا به هر دو گروه بیماران که دارای پرونده پی گیری بودند و تمایل به شرکت در مطالعه را داشتند، پرسشنامه‌های مشخصات فردی و بیماری و ابزار مدیریت دارویی جهت تکمیل داده شد. گروه کنترل تنها آموزش‌های معمول درمانگاه را دریافت نمود و در گروه آزمون آموزش خانواده محور در قالب سه جلسه آموزشی ۳۰-۴۰ دقیقه‌ای به بیمار و عضو فعال خانواده ارائه شد. جلسات آموزشی در کلاس درمانگاه در گروه‌های ۳-۶ نفره از بیماران (هر بیمار به همراه عضو فعال خانواده در جلسه شرکت کرد)، در ساعت مورد توافق تشکیل شد، بدین صورت که جلسه اول شامل معارفه و بیان داوطلبانه بودن پژوهش است و شفاف سازی انتظارات پژوهشگر در مراحل مختلف مطالعه، همچنین مشخص نمودن انتظارات و توقعات بیماران و عضو فعال خانواده آنها، تعیین و توافق در مورد اوقات ملاقات حضوری یا تلفنی (از تلفن صرفاً جهت یادآوری و صحبت‌های ضروری استفاده گردید) و ذکر اهداف بود و جلسه دوم نیز شامل تعریف بیماری‌های ایسکمیک قلبی، انواع آن و توضیح پاتوفیزیولوژی آن به صورت مختصر و قابل فهم مددجو، علائم خطر آفرین، تظاهرات بالینی بود. جلسه سوم شامل توضیح انواع روش‌های درمانی و دارویی، انواع دسته‌های دارویی در این بیماری‌ها و نکات حائز اهمیت در حین مصرف آنها، مراقبت‌ها و راهکارهای مفید جهت بهبود سبک زندگی سالمندان، مانند رعایت رژیم غذایی، میزان فعالیت و کنترل استرس، نحوه مراقبت از خود و اهمیت حفظ عملکردهای ذهنی، اجتماعی و جنسی بود. لازم به ذکر است در پایان این مرحله به منظور رعایت اصول اخلاقی جزوه آموزشی نیز ارائه گردید. ابزار مدیریت دارویی، سه ماه بعد از مداخله در هر دو گروه کنترل و آزمون توسط بیمار و یا عضو فعال خانواده تکمیل گردید. داده‌های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و آمار توصیفی، جهت آشکار کردن خصوصیات مجموعه داده‌های نمونه و آمار استنباطی جهت اطلاع یافتن از اثرات در جمعیت تحت مطالعه محاسبه شد. در سطح آمار توصیفی از فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار و در سطح آمار استنباطی از آزمون‌های کای دو، آزمون تی مستقل، تی وابسته و آزمون تعمیم یافته دقیق فیشر استفاده شد.

یافته‌ها

در این پژوهش، تأثیر برنامه آموزشی خانواده محور بر مدیریت دارویی سالمندان مبتلا به بیماری‌های ایسکمیک قلبی مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به همگن بودن دو گروه در اکثریت متغیرهای دموگرافیک و بیماری (جدول ۱)، می‌توان با اطمینان بیشتری نتایج حاصل را ناشی از تأثیر مداخله دانست. لذا نتایج حاصل از مطالعه قدرت تعمیم پذیری بیشتری را دارا می‌باشند. طبق نتایج جدول ۲، میانگین و انحراف معیار نمره مدیریت دارویی قبل از شروع مداخله، در گروه آزمون $22/77 \pm$ و در گروه کنترل $4/06 \pm$ بود و آزمون آماری تی مستقل اختلاف معناداری را بین مدیریت دارویی پیش از مداخله، در دو گروه آزمون و کنترل نشان نداد ($P = 0/493$). میانگین و انحراف معیار نمره مدیریت دارویی پس از مداخله، در گروه آزمون $1/82 \pm$ و در گروه

این پژوهش یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده با دو گروه کنترل و آزمون بود که در درمانگاه قلب بیمارستان شهید بهشتی کاشان در سال ۱۳۹۶ انجام شد. جامعه پژوهش سالمندان مبتلا به بیماری‌های ایسکمیک قلبی مراجعه کننده به درمانگاه قلب بیمارستان شهید بهشتی کاشان به همراه خانواده آنها بودند. حجم نمونه در هر گروه ۴۲ نفر و جمعاً ۸۴ نفر بود. نمونه گیری در دو مرحله صورت گرفت، به این صورت که در مرحله اول نمونه گیری به روش در دسترس و با توجه به معیارهای ورود به مطالعه انجام شد. در مرحله دوم، نمونه‌ها از طریق تخصیص تصادفی، با روش بلوک بندی در دو گروه آزمون و کنترل قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل سواد خواندن و نوشتن (برای بیمار و یا عضو فعال خانواده)، سن بالای ۶۰ سال، عدم وجود بیماری روانشناختی تشخیص داده شده، ابتلا به بیماری‌های ایسکمیک قلبی بنا به تشخیص پزشک قلب، حداقل ۶ ماه از تشخیص بیماری گذشته و داشتن وضعیت درد و همودینامیک پایدار، سکونت عضو فعال خانواده در محل زندگی بیمار یا نزدیک به وی، امکان برقراری تماس تلفنی با بیمار و یا عضو فعال خانواده بودند معیارهای خروج از مطالعه شامل ورود به فاز حاد بیماری، شرکت هم زمان در سایر مطالعات تخصصی مشابه، داشتن حتی یک جلسه غیبت در کلاس آموزشی، عدم تمایل (بیمار و عضو فعال خانواده) به ادامه مشارکت در مطالعه و یا فوت بیمار و عضو فعال خانواده، عدم پاسخگویی به تلفن حداقل دو مورد بودند. ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه شامل فرم مشخصات فردی و بیماری (سن، جنس، تحصیلات، وضعیت تأهل، محل سکونت، وضعیت مسکن، شغل، وضعیت بیمه، وضعیت اقتصادی، وضعیت مصرف سیگار، طول مدت بیماری، تعداد دفعات بستری در بیمارستان به دلیل بیماری قلبی، بیماری‌های دیگر و داروهای مصرفی غیر قلبی) و "ابزار مدیریت دارویی جهت کمبودهای سالمندان" (MedMaide: Medication Management Instrument for Deficiencies in the Elderly) که شامل ۱۳ قسمت، جهت شناسایی نقص در توانایی بیماران سالمند یا افراد مراقبت کننده از آنها در مدیریت و اداره داروهای مصرفی می‌باشد. به پاسخ "بله" در هر یک از سؤالات، نمره صفر و پاسخ "خیر" نمره یک تعلق می‌گیرد. بنابراین نمره بالاتر در این ابزار نشان دهنده توانایی کمتر بیمار در مدیریت دارویی می‌باشد. همچنین در انتهای ابزار برای هر یک از بیماران، نام دارو، دوز یا غلظت مصرفی، زمان استفاده و نام پزشک تجویز کننده به صورت فهرست قید می‌گردد [۲۲]. Orwig و همکاران در مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۶ روایی و پایایی این ابزار را مورد بررسی قرار داده‌اند و با روش آزمون-آزمون مجدد پایایی بسیار مناسبی برای آن بدست آمده است (ضریب همبستگی (ICC) ۰/۹۳) و همچنین پایایی بین ارزیابان مناسب بوده است (ICC = ۰/۷۴) [۲۳]. به منظور بررسی روایی ترجمه فارسی این ابزار، از روش اعتبار محتوی استفاده شد. بدین صورت که پرسشنامه به زبان انگلیسی تهیه شده و ترجمه فارسی آن در اختیار ۱۰ تن از اعضای هیئت علمی دانشگاه قرار گرفت و اصلاحات لازم به عمل آمد. جهت تعیین پایایی ابزار از روش آزمون مجدد استفاده شد. به این ترتیب که پرسشنامه تدوین شده به تعدادی از افراد واجد شرایط داده شد و نمرات آن محاسبه گردید. بعد از گذشت ۲ هفته مجدداً پرسشنامه توسط

آماري معناداري را از اين نظر در اين گروه، قبل و بعد از مداخله نشان داد ($P < 0/001$). لازم به ذکر است که نمره مدیریت دارویی در گروه کنترل نیز قبل و بعد از مداخله $0/50 \pm 0/19$ کاهش یافت و آزمون آماری تی زوجی تفاوت آماری معناداری را نشان داد ($P = 0/019$).

کنترل $2/42 \pm 3/75$ بود و آزمون آماری تی مستقل اختلاف معناداری را بین مدیریت دارویی پس از مداخله، در دو گروه آزمون و کنترل نشان داد ($P = 0/015$). همچنین میانگین نمره مدیریت دارویی در گروه مداخله قبل و بعد از مداخله $1/28 \pm 1/58$ کاهش یافت که به معنای مدیریت دارویی بهتر در این گروه می‌باشد، و آزمون تی زوجی تفاوت

جدول ۱: مقایسه ویژگی‌های دموگرافیک بیماران در دو گروه آزمون و کنترل

متغیرها	کنترل		آزمون	
	فراوانی (درصد)		فراوانی (درصد)	
جنسیت	آزمون کای دو: $X^2 = 1/248, df = 1, P = 0/264$			
	زن	۱۴ (۳۳/۳)	۱۹ (۴۵/۲)	
مرد	۲۸ (۶۶/۷)	۲۳ (۵۴/۸)		
محل سکونت	آزمون کای دو: $X^2 = 1/556, df = 1, P = 0/212$			
	شهر	۳۸ (۹۰/۵)	۳۴ (۸۱)	
	روستا	۴ (۹/۵)	۸ (۱۹)	
مدت بیماری (سال)	آزمون تی مستقل: $t = -1/268, df = 72/349, P = 0/209$			
	۵-۰	۱۷ (۴۰/۵)	۲۲ (۵۲/۴)	
	۱۵-۶	۱۸ (۴۲/۹)	۱۷ (۴۰/۵)	
	۱۶ و بالاتر	۷ (۱۶/۷)	۳ (۷/۱)	
بیماری‌های دیگر	آزمون کای دو: $X^2 = 0/808, df = 1, P = 0/369$			
	دیابت	۲۴ (۵۷/۱)	۲۸ (۶۶/۷)	
	بله	۱۸ (۴۲/۹)	۱۴ (۳۳/۳)	
هایپرلیپیدمی	آزمون کای دو: $X^2 = 7/265, df = 1, P = 0/007$			
	بله	۳۳ (۷۸/۶)	۴۱ (۹۷/۶)	
	خیر	۹ (۲۱/۴)	۱ (۲/۴)	
سن	آزمون تی مستقل: $t = -0/701, df = 69/153, P = 0/486$			
	۶۹-۶۰	۲۳ (۵۴/۸)	۲۱ (۵۰)	
	۷۰-۷۹	۸ (۱۹)	۱۷ (۴۰/۵)	
	۸۰ و بالاتر	۱۱ (۲۶/۲)	۴ (۹/۵)	
وضعیت اقتصادی	آزمون تعمیم یافته دقیق فیشر $0/073$			
	کفایت می‌کند	۱۲ (۲۸/۶)	۲۰ (۴۷/۶)	
	تا حدی کفایت می‌کند	۲۷ (۶۴/۳)	۲۲ (۵۲/۴)	
کفایت نمی‌کند	۳ (۷/۱)	۰		

جدول ۲: مقایسه مدیریت دارویی در واحدهای مورد پژوهش، پیش و پس از اجرای برنامه آموزشی خانواده محور، در گروه‌های کنترل و مداخله

مدیریت دارویی	مداخله		کنترل		آزمون تی مستقل
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
پیش از مداخله	۲/۰۹	۲/۷۷	۲/۶۱	۴/۰۶	$P = 0/493, t = 0/69, df = 72/37$
پس از مداخله	۰/۸۰	۱/۸۲	۲/۴۲	۳/۷۵	$P = 0/015, t = 2/513, df = 59/33$
آزمون تی زوجی	$P < 0/001, t = 5/268, df = 41$		$P = 0/019, t = 2/44, df = 41$		

بحث

خانواده محور منجر به افزایش همکاری خانواده در تبعیت بیمار از رژیم غذایی، فعالیت فیزیکی و رژیم دارویی بعد از جراحی بای پس عروق کرونر قلب می‌گردد [۳۵]. در پژوهش حاضر نیز با دخیل کردن عضو فعال خانواده در امر آموزش، مدیریت دارویی سالمندان افزایش پیدا کرد. در مطالعه دهقان نیری و همکاران (۱۳۹۱-۹۲) نیز، برنامه توانمند سازی خانواده بر تبعیت از رژیم درمانی بیماران مبتلا به سکتة مغزی مؤثر بوده است. در واقع می‌توان با توانمند کردن خانواده‌ها نقش مهمی را در اجرای تبعیت از رژیم درمانی بیماران مبتلا به سکتة مغزی ایفا کرد [۳۶]. در مطالعه رزم آرای ایرانی و همکاران (۱۳۹۴) که با هدف

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که برنامه آموزشی خانواده محور بر مدیریت دارویی سالمندان مبتلا به بیماری‌های ایسکمیک قلبی تأثیر مثبت داشته است. در مطالعه بهرام نژاد و همکاران (۱۳۹۱)، که با هدف مقایسه تأثیر دو روش آموزشی (بیمار محور و خانواده محور) بر نگرش و تبعیت از رژیم غذایی و محدودیت مصرف مایعات در بیماران تحت همودایلیز انجام شده است، طبق نتایج، آموزش خانواده محور بر تبعیت بیمار از رژیم درمانی مؤثرتر از آموزش بیمار محور بوده است و توصیه شده است مداخلات آموزشی به صورت خانواده محور انجام گردد [۳۴]. مطالعه ثنائی و همکاران (۱۳۹۱) نشان داد که الگوی توانمندسازی

دارد. بیماران قلبی، به دلیل ماهیت مزمن بیماریشان، به اعضای خانواده خود وابسته‌اند و خانواده نقش مهمی در سازگاری این بیماران و تغییرات شیوه زندگی آنها دارد. آموزش جزء اصلی مراقبت‌های پرستاری می‌باشد و اگر این آموزش به همراه خانواده و با تأکید بر بیمار و اعضای خانواده وی انجام گیرد، می‌تواند بسیار مؤثرتر واقع گردد. پرستاران و سایر اعضای تیم درمان، می‌توانند با همراهی خانواده‌ها در امر مراقبت، منجر به ارتقای کیفیت و تداوم مراقبت‌ها شوند. تحقیقات متعددی در زمینه آموزش خانواده محور و اهمیت آن انجام شده است و می‌توان با ارائه نتایج این تحقیقات به مسئولین آموزش بیمارستان‌ها، شرایط لازم را برای کاربردی کردن این مراقبت‌ها، به خصوص در بیماری‌های مزمن فراهم نمود. مداخله آموزشی در این پژوهش در قالب سه جلسه آموزشی ارائه شده است، پیشنهاد می‌شود مطالعاتی با تعداد جلسات بیشتر و در خصوص سایر بیماری‌های مزمن انجام گیرد. نتایج حاصل از این پژوهش، می‌تواند ایده‌ای برای پژوهش‌های دیگر، در زمینه اجرای این قبیل مداخلات در سایر بیماری‌های مزمن گردد و از این طریق موجب بهبود و ارتقای مراقبت از مددجویان گردد.

سیاسگزاری

این مقاله بخشی از پایان نامه دانشجویی کارشناسی ارشد دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران با کد پژوهشیاری ۹۴۱۱۶۹۸۰۰۸ می‌باشد. بدین وسیله از مسئولین مربوطه در دانشکده پرستاری مامایی تهران تشکر و قدردانی می‌شود. همچنین از کارکنان درمانگاه قلب بیمارستان شهید بهشتی کاشان و تمامی بیمارانی که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

References

1. Darvishpoor Kakhki A, Abed Saeedi J, Delavar A, Saeed Zakerin M. Instrument development to measure elderly health-related quality of life (EHRQoL). *Hakim Res J*. 2012;15(1):30-7.
2. Dianati M, Shojaegharebag GA, Mesdaghinia A, Taghadosi M, Shenasa F, Taiebi A, et al. Polypharmacy and its related factors among the elderly population in Kashan, Iran during 2011-2012. *FEYZ*. 2015;18(6):578-84.
3. Karimi H, Momeni K. Comparison of mental health between elderly admitted in sanitarium with elderly in sited in personal home. *Behbood*. 2010;14(4):328-35.
4. Habibi A, Nikpour S, Seiedoshohadaei M, Haghani H. Quality of life and status of physical functioning among elderly people in west region of Tehran: a cross-sectional survey. *Iran J Nurs*. 2008;21(53):29-39.
5. Dadkhah A. Review of aged rendered services in USA and Japan and Guidelines for Iran aging strategic plan. *Salmand*. 2007;2(3):166-76.
6. Iran Statistics Center. [Selection of the results of general census of population and housing] Iran Iran Statistics Center; 2011. Available from: https://www.amar.org.ir/Portals/0/Files/abstract/1390/n_sarshomari90_2.pdf.
7. A-Times. Middle east: Atimes.com; 2014. Available from: http://www.atimes.com/atimes/Middle_East/G113Ak01.html.

تعیین تأثیر آموزش خانواده محور بر خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو انجام گردیده است، نتایج نشان داد که بعد از آموزش خانواده محور، میانگین نمرات خودمراقبتی و ابعاد آن (تغذیه، فعالیت جسمانی، کنترل قند خون و مراقبت از پا) در گروه مداخله افزایش یافته است و نمرات بین دو گروه کنترل و مداخله، تفاوت معنی داری از نظر آماری داشته است. اما میانگین نمرات بعد تبعیت از رژیم دارویی بعد از مداخله، بین دو گروه تفاوت آماری معناداری نداشته است [۳۷]. که با نتیجه مطالعه حاضر مغایر می‌باشد. در مطالعه *Lingler* و همکاران (۲۰۱۶)، مداخله‌ای جهت افزایش مدیریت دارویی مراقبت کنندگان افرادی که حافظه خود را از دست داده‌اند انجام شد. افراد دچار نقص حافظه به همراه مراقبت کنندگان غیر رسمی خود به صورت دو تا دو تا وارد مطالعه شدند. هشتاد و سه جفت (بیمار و مراقبت کننده غیر رسمی) ساکن مناطق مسکونی بر پایه داشتن میانگین سه مورد نقص دارویی در این مطالعه شرکت کردند. جلسات خانگی و مبتنی بر تلفن توسط پرستار و یا مددکار اجتماعی مداخله گر ارائه شد و بر مبنای مدیریت داروها و همچنین حل مسائل مربوط به چالش‌های خاص نظارت داشت. مدل ترکیبی خطی نشان داد که هم گروه مداخله و هم گروه‌های مراقبت معمول، مشکلات مدیریت دارویی کمتری داشتند. نقایص دارویی کاهش یافته در هر دو گروه نشان می‌دهد، اینکه پرستاران و مددکاران اجتماعی صرفاً آگاهی افراد در خصوص مدیریت دارویی را افزایش دهند، می‌تواند مفید باشد [۳۸].

نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش خانواده محور بر مدیریت دارویی سالمندان مبتلا به بیماری‌های ایسکمیک قلبی تأثیر مثبت

8. Goldman L. Cecil Textbook of Medicin. Philadelphia: WB Saunders Company; 2001.
9. Canbaz S, Sünter AT, Dabak S, Pekşen Y. The prevalence of chronic diseases and quality of life in elderly people in Samsun. *Turk J Med Sci*. 2003;33(5):335-40.
10. Woo EK, Han C, Jo SA, Park MK, Kim S, Kim E, et al. Morbidity and related factors among elderly people in South Korea: results from the Ansan Geriatric (AGE) cohort study. *BMC Public Health*. 2007;7(1):10. doi: 10.1186/1471-2458-7-10 pmid: 17241463
11. Giron MST, Claesson CB, Thorslund M, Oke T, Winblad B, Fastbom J. Drug use patterns in a very elderly population: a seven-year review. *Clin Drug Invest*. 1999;17(15):389-98.
12. Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. *Arch Intern Med*. 2003;163(22):2716-24. doi: 10.1001/archinte.163.22.2716 pmid: 14662625
13. Ahmadi B, Alimohamadian M, Mahmoodi M. Polypharmacy among older adults in Tehran. *Tehran Univ Med J*. 2006;64(9):65-71.
14. Doucette WR, Vinel S, Pennathur P. Initial development of the Systems Approach to Home Medication Management (SAHMM) model. *Res Social Adm Pharm*. 2017;13(1):39-47. doi: 10.1016/j.sapharm.2015.12.013 pmid: 26853834

15. Daliri N, Zakeri-Moghadam M. Aging and heart disease. *Cardiovasc Nurs J*. 2016;5(1):64-7.
16. De Geest S, Sabate E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2003;2(4):323. doi: 10.1016/S1474-5151(03)00091-4 pmid: 14667488
17. Chisholm-Burns MA, Spivey CA. The 'cost' of medication nonadherence: consequences we cannot afford to accept. *J Am Pharm Assoc* (2003). 2012;52(6):823-6. doi: 10.1331/JAPhA.2012.11088 pmid: 23229971
18. Aspden P, Wolcott JA, Bootman JL, Cronenwett LR. Preventing medication errors: National Academy Press; 2007.
19. Im C, Park M. Development and evaluation of a computerized multimedia approach to educate older adults about safe medication. *Asian Nurs Res*. 2014;8(3):193-200.
20. Sohng K-Y, Kim J-I, Choi D-W, Kim A-K, Chaung S-K, Kim K-H, et al. Research trends in the Journal of Korean Academy of Fundamental Nursing-Based on analysis of the Journal of Korean Academy of Fundamental Nursing from 2001 to 2007. *J Kor Acad Fundam Nurs*. 2008;15(3):262-73.
21. DiMatteo MR. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Med Care*. 2004;42(3):200-9. pmid: 15076819
22. Lee S, Park M. A study on health literacy, medication knowledge, and medication misuse of rural elderly. *J Kor Gerontol Soc*. 2010;30(2):485-97.
23. Lee JH, Park M. The effects of an education program for safe drug use in the rural elderly. *J Kor Acad Nurs* 2007;37(3):295-304.
24. Neafsey PJ, M'Lan C E, Ge M, Walsh SJ, Lin CA, Anderson E. Reducing Adverse Self-Medication Behaviors in Older Adults with Hypertension: Results of an e-health Clinical Efficacy Trial. *Ageing Int*. 2011;36(2):159-91. doi: 10.1007/s12126-010-9085-9 pmid: 21654869
25. Tsai SY, Chi LY, Lee LS, Chou P. Health-related quality of life among urban, rural, and island community elderly in Taiwan. *J Formos Med Assoc*. 2004;103(3):196-204. pmid: 15124047
26. Coats AJ. Life, quality of life and choice in an ageing society. *Int J Cardiol*. 2001;78(1):1-3. pmid: 11259806
27. Kinney MR, Burfitt SN, Stullenbarger E, Rees B, DeBolt MR. Quality of life in cardiac patient research: a meta-analysis. *Nurs Res*. 1996;45(3):173-80. pmid: 8637799
28. Whelpton PK, Campbell AA, Patterson JE. Fertility and family planning in the United States. Princeton Princeton University Press; 2015.
29. Schroeder W. Family health care nursing: Theory, practice, and research. Los Angeles, CA: SAGE Publications; 2014.
30. Falvo DR. Effective patient education: A guide to increased adherence: Jones & Bartlett Publishers; 2010.
31. Nayeri ND, Mohammadi S, Arazi T. Examining the level of adherence of therapeutic regime by the family caregivers of stroke patients. *CJM*. 2011;2(3):87-98.
32. Pharmacy.umaryland.edu. Medication Management Instrument For Deficienciesin The Elderly (MedMaIDE): Pharmacy.umaryland.edu; 2013. Available from: <https://www.pharmacy.umaryland.edu/media/SOP/medmanagementumarylandedu/MedMaIDE.pdf>.
33. Orwig D, Brandt N, Gruber-Baldini AL. Medication management assessment for older adults in the community. *Gerontologist*. 2006;46(5):661-8. pmid: 17050757
34. Zolfaghari M, Asgari P, Bahramnezhad F, AhmadiRad S, Haghani H. Comparison of two educational methods (family-centered and patient-centered) on hemodialysis: Related complications. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2015;20(1):87-92. pmid: 25709696
35. Sanaie N, Nejati S, Zolfaghari M, Alhani F, Kazemnezhad A. The effects of family-based empowerment on family cooperation in following patient treatment regime after coroner arteries bypass surgery. *Mod Care J*. 2014;11(1):19-27.
36. Dehghan Nayeri N, Mohammadi S, Pedram Razi S, Kazemnejad A. Investigating the effects of a family-centered care program on stroke patients' adherence to their therapeutic regimens. *Contemp Nurs*. 2014;47(1-2):88-96.
37. Razmaraei S, Hemmati Maslakhak M, Khalkhali HR. The effect of family-centered education on self-care in patients with type 2 diabetes. *J Urmia Nurs Midwifery Fac*. 2016;14(2):118-27.
38. Lingler JH, Sereika SM, Amspaugh CM, Arida JA, Happ ME, Houze MP, et al. An intervention to maximize medication management by caregivers of persons with memory loss: Intervention overview and two-month outcomes. *Geriatr Nurs*. 2016;37(3):186-91. doi: 10.1016/j.gerinurse.2015.12.002 pmid: 26804450